INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CULIACAN

DEPARTAMENTO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LISTA DE ESTUDIANTES AUTORIZADA PARA REALIZAR LA VISITA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE LA VISITA | NOMBRE / DOMICILIO DE LA EMPRESA | DOCENTE RESPONSABLE  | HORARIO DE LA VISITA |
|
| (2) | (3) | (4) | (5) |

| **No.** | **NOMBRE DEL ASISTENTE** | **FIRMA DEL ASISTENTE** | **No. CONTROL** | **CARRERA** | **SEMESTRE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

NOMBRE Y FIRMA

JEFATURA DEL DEPTO. DE \_\_(12)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTRUCTIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
|  | Anotar el nombre del departamento académico correspondiente |
|  | Anotar la fecha de la realización de la visita |
|  | Anotar domicilio de la empresa donde se realizará la visita. |
|  | Anotar el nombre del docente responsable de atender la visita |
|  | Anotar el horario en que se realizará la visita. Ejemplo: De 9:00 a 12:00 hrs. |
|  | No. consecutivo de asistente que asistirán a la visita |
|  | Anotar el nombre del asistente que asistirá a la visita |
|  | El o la estudiante debe plasmar su firma |
|  | Anotar el No. de control del estudiante que asistirá a la visita.  |
|  | Anotar la carrera a la que pertenece el estudiante que asistirá a la visita. |
|  | Anotar el semestre que cursa el estudiante que asistirá a la visita. |
|  | Anotar el nombre completo del responsable de la Jefatura del Departamento de Académico correspondiente y firma de autorización. |